医学部医学科　地域特別枠推薦入試用

（記入に当たっては，本募集要項34ページの「愛媛大学医学部の基本理念等」を参照しつつ，必ず自筆で記入してください。）

自　己　推　薦　書

平成　　年　　月　　日

フリガナ
志願者氏名

昭和
平成　　年　　月　　日生（男・女）

平成　　年　　月　学校　卒業（修了）・見込

医学部医学科　地域特別枠推薦入試用　自己推薦書

志願者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿